

Hemorragia digestiva baja en terapia intensiva

Análisis de 21 casos

O.D. López Gastón*, A.M. Torres Maciel§, E.R. Malvino*, D. McLoughlin*, M.A. Jorge*, J.C. Ahumada§

RESUMEN

Se hace un análisis retrospectivo de pacientes internados en UCI con diagnóstico de hemorragia digestiva baja (HDB). De un total de 1799 pacientes, hubo 21 casos de HDB y en todos el motivo de ingreso al servicio/institución fue la hematoquezia. El tiempo de internación en UCI fue 6.2 ± 7 días, la edad 78.6 ± 7 años, sin diferencia entre vivos y muertos. La mortalidad total del grupo fue de 19%, 14% en los pacientes no sometidos a cirugía y 21% en los operados. La incidencia fue similar en varones y mujeres, con mayor mortalidad en los primeros (75% vs 25%). El score APACHE II fue 14.5 ± 3 , el SAPS II 32 ± 12 , con diferencia entre vivos y muertos sólo para este último (28.8 ± 10 vs 46 ± 11 , $p = .005$). El 57% de los pacientes tenía antecedentes de divertículos y el 24% de patología tumoral, ambos de colon. En todos los casos con antecedente de angiodisplasia (a-d) alta, también se la encontró en el colon derecho y fue la causa del sangrado y en el 33% su localización era solamente baja. El 24% de los pacientes tenía más de una patología baja (divertículo/a-d/tumor), que fueron tres en el 14% y dos en el 10%. Se hizo un solo tratamiento por cateterismo (embolización arterial) y dos endoscópicos (electrocoagulación, plasma-argón), todos con éxito. El 66% de los pacientes fue sometido a cirugía, de las cuales el 58% fue con carácter de emergencia. Se concluye que en nuestra serie la endoscopia, tanto alta como baja, fue indicada en forma insuficiente y el tratamiento

quirúrgico se realizó en número mayor que lo referido en desmedro de los procedimientos endoscópicos y/o por cateterismo y la necesidad de conformar un equipo multidisciplinario para el manejo de la HDB.

SUMMARY

To select patients with low gastrointestinal bleeding (LGB), manifested by hematochezia on admission, a retrospective analysis over 1799 ICU patients was made. Twenty one patients were admitted to the study with a length of stay of 6.2 ± 7 days and a mean age of 78.6 ± 7 years, without difference between alive and dead. The total mortality rate of the group was of 19%; slightly higher in the patients subjected to surgery (21% vs 14%). The incidence was similar for males and women, with a larger mortality rate in males (75% vs 25%). APACHE II score was 14.5 ± 3 , SAPS II score 32 ± 12 , with significant difference between alive and dead only for this last score (28.8 ± 10 vs 46 ± 11 ; $p = .005$). Fifty seven per cent of the patients had colon diverticulosis and 24% colon tumors. All vascular anomalies were found in the right colon and were the cause of the hemorrhage, in 33% of them their localization was solely in the right colon. Twenty four per cent of the patients had more than one cause for bleeding (diverticulosis, vascular anomalies, and tumor), 10% two causes and 14% three causes. One treatment was made by selective arteriography (embolization) and two patients were treated through endoscopies (electrocoagulation, plasma-argon), all with success. Sixty six per cent of the patients was subjected to surgery, 58% of them required emergency surgical intervention. We conclude that high or low endoscopy, was insufficiently indicated, therefore surgical treatment was carried more frequently than that referred in other reports. This study suggests the convenience of multidisciplinary teams for the handling of LGB.

* División Terapia Intensiva

§ División Cirugía

División Terapia Intensiva. Policlínica Bancaria, Gaona 2197. Buenos Aires, Argentina

Correspondencia: OD López Gastón. Tucumán 3424, Buenos Aires, Argentina. Tel.: 4-861-5652.

Mail: odlopez@intramed.net.ar

INTRODUCCION

La hemorragia digestiva baja (HDB) se origina en una región distal al ángulo de Treitz y si bien se sospecha por la presencia de hematoquezia, ésta no es definitiva de la topografía del sangrado ni la única forma como se manifiesta. En general, se autolimita pero tiene alta recurrencia y es frecuente la asociación de patologías, lo que dificulta identificar la causa real del sangrado.

La incidencia anual es del 20.5/100.000 pacientes y entre los 20 y 80 años se incrementa un 200%¹. En pacientes mayores de 65 años, la proporción con la hemorragia digestiva alta (HDA) es de 1/5 a 1/3 y sustancialmente menor por debajo de esa edad. Ésto tiene trascendencia por el aumento de la expectativa de vida, calculándose para los EE.UU. que en los próximos 50 años la población con más de 65 años crecerá de 35 a 78 millones y se cuadruplicarán los mayores de 85 años².

La prevalencia referida en la etiología de la HDB, así como el rescate diagnóstico y el éxito terapéutico de los procedimientos utilizados, tiene marcadas diferencias según el autor consultado. Una razón es que los estudios diagnósticos y tratamientos endoscópicos y por cateterismo, son altamente dependientes del operador y el equipamiento disponible.

Los pacientes con HDB son derivados a cuidados intensivos (UCI) por la aparición de signos de alarma hipovolémica o bien por hemorragia moderada pero con condiciones comórbidas importantes. En ambas situaciones, es un paciente de alto riesgo que obliga a concentrar los esfuerzos no sólo en el sostén hemodinámico sino en localizar la topografía del sangrado. Esto requiere la participación de varias especialidades, por lo que la confección de algoritmos permite optimizar los resultados.

En este trabajo se hace un análisis retrospectivo de pacientes internados en UCI con diagnóstico de HDB.

MATERIAL Y METODOS

Con la base de datos ICU-Database 4.5 (PC Marik; Holden, MA, 1996) se revisaron las internaciones durante el período 1998-2000. De un total de 1.799 pacientes, hubo 21 casos de HDB y en todos el motivo de ingreso al servicio/institución fue la hematoquezia. Se analizaron los siguientes parámetros: edad, sexo, evolución, antecedentes, scores de gravedad APACHE II³ y SAPS II⁴, etiología del sangrado, procedimientos diagnósticos y tratamiento realizado.

RESULTADOS

El tiempo de internación en UCI fue 6.2 ± 7 días, la edad 78.6 ± 7 años, sin diferencia entre vivos y muertos. La mortalidad total del grupo fue de 19%, 14% en los pacientes no sometidos a cirugía y 21% en los operados. La incidencia fue similar en varones y mujeres, pero con mayor mortalidad en los primeros (75% vs 25%).

El score APACHE II fue 14.5 ± 3 , el SAPS II 32 ± 12 , con diferencia entre vivos y muertos solo para este último (28.8 ± 10 vs 46 ± 11 , $p = .005$).

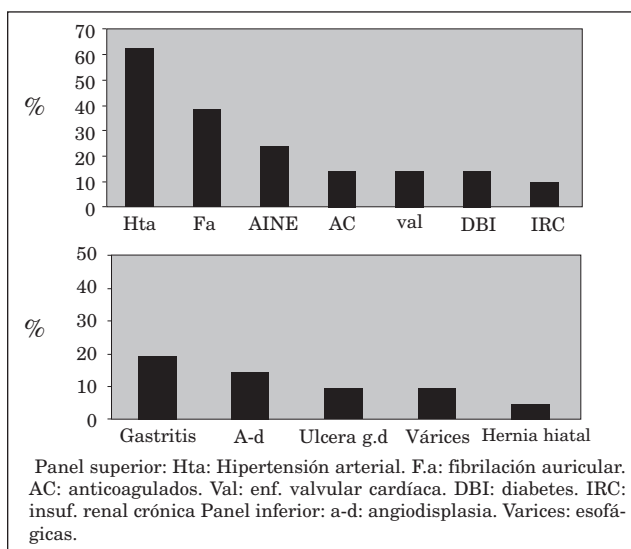


Figura 1. Antecedentes.

En la Figura 1 se muestran los antecedentes relevantes (panel superior) y de patología digestiva alta (panel inferior) conocida al ingreso. Un 57% de los pacientes tenía antecedentes de divertículos y el 24% de patología tumoral, ambos de colon. En todos los casos con antecedente de angiodisplasia (a-d) alta, también se la encontró en el colon derecho y fue la causa del sangrado. En el 33% su localización era solamente baja. El 24% de los pacientes tenía más de una patología baja (divertículo/a-d/tumor), que fueron tres en el 14% y dos en el 10%.

Los procedimientos efectuados y el rescate diagnóstico se muestran en la Figura 2, la causa del sangrado en la Figura 3. En un paciente el origen del sangrado fue el intestino delgado, no arribándose al diagnóstico de la lesión. La fibroendoscopia alta (FEDA) se realizó en el 43% de los casos.

Se hizo un solo tratamiento por cateterismo (embolización arterial) y dos endoscópicos (electrocoagulación, plasma-argón), todos con éxito. El 66% de los pacientes fue sometido a cirugía, de las cuales el 58% fue con carácter de emergencia. Las

intervenciones efectuadas fueron: colectomía total, hemicolectomía derecha o izquierda (28% para cada grupo), resección parcial del delgado en el 7% y otras en el 14%. En la Figura 4 se muestra el tipo de indicación quirúrgica y su mortalidad.

DISCUSION

En la HDA y merced a los avances en los tratamientos endoscópicos, existe consenso sobre la conducta al ingreso del paciente, situación que no se da en la HDB. En muchas UCI continúa el hábito de llamar al médico cirujano como primer consultor, más allá de la magnitud del sangrado o el estado hemodinámico, lo que genera situaciones que podrían obviarse a través de consensos interdisciplinarios adaptados a los recursos de cada institución.

La incidencia de HDB en la UCI fue del 1.1% con una mortalidad de 19%, para un rango de 2-20% referido en la literatura^{5,6}, pero resulta difícil comparar con otras series por la diferencia en los criterios de internación entre instituciones.

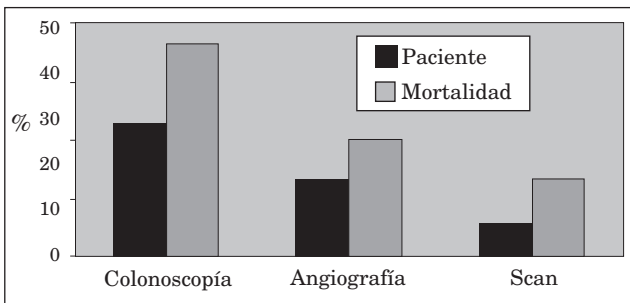


Figura 2. Precedimiento

Todos los pacientes incluidos en esta serie tuvieron hematoquezia, y si bien solo en el 11% de los casos responde a una HDA⁷, es trascendente descartarla. La FEDA como primer estudio, es indicación en todas las situaciones donde no se recoge material bilioso a través de la sonda gástrica (píloro cerrado), o su presencia en un paciente con estabilidad hemodinámica (hemorragia autolimitada), circunstancias referidas en el 50% de pacientes con sangrado duodenal⁸. En nuestra serie este procedimiento se realizó en menos de la mitad de los casos.

La prevalencia observada de antecedentes de hipertensión arterial y fibrilación auricular crónica está ligada a la edad de los pacientes. No encontramos asociación entre insuficiencia renal crónica y valvulopatía aórtica con a-d como ha sido referido⁹, ni de ingesta de AINE con hemorragia diverticular¹⁰. En tres pacientes que recibían anticoagulantes, todos excedidos de rango, uno sangró por displasia vascular, otro por divertículo y el tercero el origen era el intestino delgado. El hallazgo está

acorde con la bibliografía en cuanto a que el sangrado en este tipo de pacientes oculta con frecuencia otra patología¹¹.

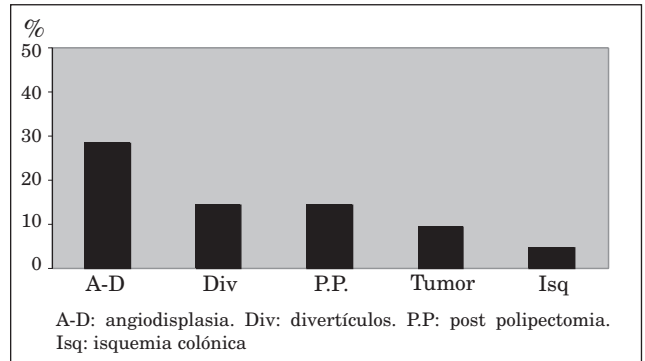


Figura 3. Causa del sangrado

Resultó notoria la asociación entre a-d alta y baja. Esta última en todos los casos fue la causa de la HDB, por ello la realización de la FEDA con el hallazgo de una a-d sin estigmas de sangrado, debe hacer sospechar una lesión baja de igual naturaleza como causa del sangrado. La concomitancia de patología baja que potencialmente puede ser origen del sangrado es un dato relevante. Por las características etarias de la población, es frecuente el antecedente de enfermedad diverticular y la mayor incidencia de a-d. Si el enfermo no sangra al momento del estudio, observar este tipo de lesiones no excluye el origen de la hemorragia en lugares más altos.

El rescate diagnóstico con la fibrocolonoscopia (FC) es del 72-90%¹². Ésta disparidad responde a variables como: momento en que se realiza, preparación del colon, experiencia/tiempo/paciencia del operador y calidad del equipo utilizado. En nuestra serie si bien el rescate fue alto, la indicación resultó insuficiente.

La angiografía mesentérica requiere un sangrado activo mayor de 0.5 ml/min, tiene una especificidad del 100% pero baja sensibilidad¹³ y la ventaja que no se necesita preparar el colon y permite intervenciones terapéuticas. Es de elección en la hemorragia masiva, persistencia o recurrencia del sangrado con FC no diagnóstica, insuficiente o sospecha de patología del delgado (malformaciones a-v, tumores vascularizados). El rescate diagnóstico en nuestra serie fue del 50%, no obstante debe interpretarse con cautela ya que si el sangrado se autolimita al momento del estudio será más dificultoso el hallazgo de una lesión.

El scan con glóbulos marcados con Tc99 detecta sangrados de 0.1-0.5 ml/min¹⁴, es más sensible y menos específico que la angiografía, con la desventaja que es una técnica exclusivamente diagnóstica, el

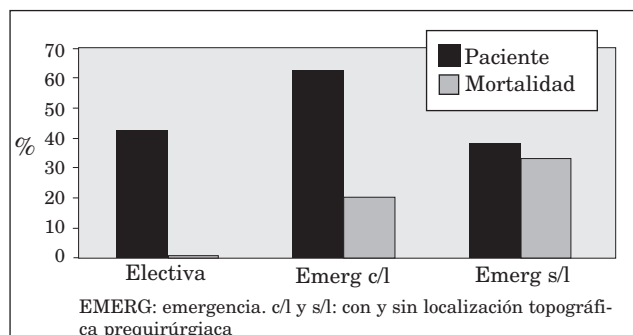


Figura 4. Tipo de cirugía y mortalidad.

tiempo que demanda y la dificultad para definir la topografía del sangrado. En nuestra serie el rescate fue muy bajo, acorde con la literatura, pero caben apreciaciones similares a la angiografía en cuanto a la persistencia/limitación del sangrado al momento del estudio.

Se han referido diferentes métodos de tratamiento endoscópico que pueden ser definitivos: coagulación endoscópica, escleroterapia, el láser de argón, el plasma argón y los clips metálicos. El trabajo de Jensen y col.¹⁵ marcó un punto de inflexión en el tratamiento de la hemorragia diverticular, refiriendo que no tuvo recurrencias en divertículos con estigmas de sangrado tratados por vía endoscópica. En nuestra serie este procedimiento se utilizó sólo para la a-d y el sangrado post polipectomía.

Se refiere que un 10-15% de pacientes con HDB requiere cirugía¹⁶, siendo la electiva la situación ideal ya que permite resecciones segmentarias con anastomosis primaria y tiene baja tasa de complicaciones, reservada para el paciente sin sangrado activo y con lesión topográficamente localizada. En nuestra serie la indicación de cirugía fue alta y de emergencia en más de la mitad de los casos, con mayor mortalidad si no había localización prequirúrgica del sangrado, como se refiere en la literatura^{13,17}.

CONCLUSION

En nuestra serie la endoscopia, tanto alta como baja, fue indicada en forma insuficiente. El tratamiento quirúrgico se realizó en número mayor que lo referido en la literatura, en desmedro de los procedimientos endoscópicos y/o por cateterismo. Este análisis nos permitió confeccionar un equipo conformado por el intensivista, gastroenterólogo, cirujano y el hemodinamista, que como fue referido, permitirá optimizar el manejo de los pacientes y mejorar su sobrevida¹⁸.

BIBLIOGRAFIA

1. Longstreth GF. Epidemiology and outcome of patients hospitalized with acute lower gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:419-24.
2. Kupfer Y, Cappell MS, Tessler S. Acute gastrointestinal bleeding in the intensive care unit. *The Intensivist's Perspective. Gastroenterology Clinics of North America*. 2000; 29 (2):275-307.
3. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med* 1985; 10:818-29.
4. Le Gall J, Lemeshow S, Saulnier F. A new simplified acute physiology score based on a european/north american multicenter study. *JAMA* 1993; 270 (24):2957-63.
5. Beejay U, Wolfe MM. Acute gastrointestinal bleeding in the intensive care unit. *The Gastroenterologist's Perspective. Gastroenterology Clinics of North America*. 2000; 29:309-36.
6. Farrell JJ, Friedman LS. Gastrointestinal bleeding in older people. *Gastroenterology Clinics of North America* 2000; 29 (1):1-36
7. Jensen DM, Machicado GA. Diagnosis and treatment of severe hematochezia: the role of urgent colonoscopy after purge. *Gastroenterology* 1988; 95:1569-74.
8. Gilbert DA, Silverstein FE, Tedesco FJ. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding: III. Endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1981; 27:94-103.
9. Foutch PG. Angiodysplasia of the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterology* 1993; 88:807-18.
10. Foutch PG. Diverticular bleeding: Are nonsteroidal anti-inflammatory drugs risk factors for hemorrhage and can colonoscopy predict outcome for patients. *Am J Gastroenterology* 1995; 90:1779-84.
11. Jaffin BW, Bliss CM, LaMont JT. Significance of occult gastrointestinal bleeding during anticoagulation therapy. *Am J Med* 1981; 83:269-72.
12. Richter JM, Chistensen MR, Kaplan LM. Effectiveness of current technology in the diagnosis and management of lower gastrointestinal hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 1995; 41:93-8.
13. Zuckerman GR, Prakash C. Acute lower intestinal bleeding. Etiology, therapy, and outcomes. *Gastrointest Endosc* 1999; 49:228-38.
14. Thorne DA, Datz FL, Remley K. Bleeding rates necessary for detecting acute gastrointestinal bleeding with technetium 99m labelled red cells in an experimental model. *J Nucl Med* 1987; 28:514-20.
15. Jensen DM, Machicado GA, Juthaba R, Kovacs TOG. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. *NEJM* 2000; 342: 78-82.
16. Billingham RP. The conundrum of lower gastrointestinal bleeding. *Surg Clin North Am* 1997; 77:241-52.
17. Eaton AC. Emergency surgery for acute colonic hemorrhage - a retrospective study. *Br J Surg* 1981; 68:109-112.
18. Lichtenstein DR, Berman MD, Wolfe MM. Approach to the patient with acute upper gastrointestinal hemorrhage. In: Taylor MB, Gollan JL, Steer MI (eds). *Gastrointestinal Emergencies*, ed 2. Baltimore, Williams y Wilkins 1997, pp 99-129.